



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Morbilidad y discapacidad de los pacientes adultos
ingresados al programa de rehabilitación durante su
hospitalización en el HNAL-2011**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Medicina de Rehabilitación

AUTOR

Nadia Yazmín Cabezas Gómez

**LIMA – PERÚ
2014**

DEDICATORIA
A MIS PADRES,
POR SU AMOR, GUÍA Y
MOTIVACIÓN,
TODOS LOS DÍAS DE MI VIDA.

AGRADECIMIENTOS

**A Dios, por darme la fuerza y la salud para
terminar la presente tesis.**

**A mi familia, por acompañarme y confiar en
mí.**

**Al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, por
darme la oportunidad para culminar mis es-
tudios de postgrado.**

INDICE

	PÁGINA
RESUMEN	5
CAPITULO	
I. Introducción.	6
II. Marco Teórico.	7 - 16
III. Objetivos.	17
IV. Material y métodos.	18 - 20
V. Resultados.	21 – 46
VI. Discusión.	47 – 49
VII. Conclusiones.	50
VIII. Recomendaciones.	51
IX. Bibliografía.	52 - 53
ANEXOS	
Definición de términos.	54
Ficha de reconocimiento de datos.	55 - 57

RESUMEN

OBJETIVOS

Identificar los diagnósticos etiológicos y discapacidades más frecuentes de los pacientes adultos que ingresaron al programa de Rehabilitación, durante su hospitalización en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza el año 2011, valorados mediante interconsulta por el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo. Estudio realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, con la revisión de los registros manuscritos del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, así como de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados, comprendidos entre las edades de 20 y menores de 60 años, valorados mediante interconsulta por el SMFR, durante el 2011. Criterios de exclusión: pacientes no registrados en el cuaderno de interconsultas del SMFR, pacientes con doble registro, pacientes no admitidos al programa de Rehabilitación en fase aguda, historias clínicas sin formato de interconsulta o incompletas.

RESULTADOS

El diagnóstico de rehabilitación más frecuente en la población adulta hospitalizada en el HNAL, valorada mediante interconsulta por el SMFR, el 2011, es G83 (Otros síndromes paralíticos). Las discapacidades más frecuentes registradas según CIF son: en el componente Función Corporal, b730 (funciones relacionadas con la fuerza muscular); en el componente Estructura Corporal, s110 (estructura del cerebro), en el componente Actividades y Participación, d415 (mantener la posición del cuerpo). Se obtuvo mayor número de datos de la población adulta intermedia (25 a 54 años). El número de interconsultas realizadas por el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación durante el año 2011 (303 días laborales) ha sido de 1413 para atender en 26 ambientes de hospitalización. La media de interconsultas diaria a nuestro servicio ha sido de 4,66. 60% de los pacientes hospitalizados precisó de tratamiento rehabilitador. Los servicios de Medicina, Neurocirugía y Cirugía Plástica y Quemados fueron los que más demandaron la asistencia por el SMFR. Se indicó terapia física con mayor frecuencia.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de rehabilitación más frecuente en la población adulta hospitalizada en el HNAL, valorada mediante interconsulta por el SMFR, el 2011, es G83 (Otros síndromes paralíticos). Las discapacidades más frecuentes registradas según CIF son: en el componente Función Corporal, b730 (funciones relacionadas con la fuerza muscular); en el componente Estructura Corporal, s110 (estructura del cerebro), en el componente Actividades y Participación, d415 (mantener la posición del cuerpo).

PALABRAS CLAVES

Rehabilitación etapa aguda, discapacidad, adulto, morbilidad.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En Medicina Física y Rehabilitación se trabaja en equipo interdisciplinario con otras especialidades médicas para evaluar e identificar problemas, establecer objetivos terapéuticos y proporcionar intervenciones. El grado de intervención así como la composición de los miembros del equipo están determinados por el diagnóstico del paciente, su terapéutica indicada, tanto como si está hospitalizado o es atendido ambulatoriamente.

A la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación le compete el cuidado de los pacientes que han perdido su autonomía, o, que presenten desacondicionamiento debido a una o múltiples deficiencias; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la rehabilitación ayuda a potenciar al máximo la capacidad de vivir normalmente y de reforzar la independencia.

De los pacientes que se encuentran hospitalizados en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), un porcentaje considerable y no determinado adquieren como mínimo una discapacidad y precisan asistencia por profesionales de la salud especialistas en Rehabilitación.

Por ello es importante conocer la situación de salud relacionada a la demanda de rehabilitación en los pacientes hospitalizados en el HNAL: identificando los diagnósticos etiológicos más frecuentes de los pacientes adultos, ingresados durante el 2011 y que requirieron evaluación por interconsulta al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación (SMFR), para mejorar la calidad de atención en Rehabilitación en la fase aguda de los pacientes hospitalizados de manera coordinada con los otros servicios brindados por el HNAL y, para establecer programas preventivos para evitar la disminución progresiva de la autonomía en los pacientes hospitalizados.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Morbilidad

En Epidemiología, a nivel descriptivo, se puede determinar la frecuencia con que se presenta la salud – enfermedad en la población. La morbilidad describe en forma cualitativa la presencia de la enfermedad en la población, en relación a variables como características de las personas, de lugar y de tiempo. Útil en enfermedades con letalidad baja, proporciona datos de frecuencia de enfermedad.⁽¹⁾

Para el presente trabajo se usó la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10), acorde con la OMS, cuya finalidad es la recopilación de datos de mortalidad, morbilidad y en general de atención de la salud, para su procesamiento y análisis.⁽²⁾

Tiene la ventaja de permitir el registro sistemático, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas. Debe efectuarse una correcta codificación porque los estudios, las investigaciones y la toma de decisiones se basarán en los datos que han sido captados.⁽²⁾

La CIE 10 tiene 21 capítulos, usa un esquema de códigos alfanumérico, compuesto de una letra y dos números para las categorías y, de una letra y tres números para las subcategorías. De las 26 letras disponibles, sólo se usan 25, la letra U se dejó libre para posibles soluciones internas de cada país.⁽²⁾

El índice alfabético de la CIE 10 es, por capítulos, de la siguiente manera:

- I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00 – B99)

- II. Tumores (C00 – D48)
- III. Enfermedades de la sangre, de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos del mecanismo inmunitario (D50 – D89)
- IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00 – E90)
- V. Trastornos mentales y de la conducta (F00 – F99)
- VI. Enfermedades del sistema nervioso (G00 G99)
- VII. Enfermedades del ojo y sus anexos (H00 H59)
- VIII. Enfermedades del oído y procesos de las mastoides (H60 – H95)
- IX. Enfermedades del sistema circulatorio (I00 I99)
- X. Enfermedades del sistema respiratorio (J00 – J99)
- XI. Enfermedades del sistema digestivo (K00 K93)
- XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00 – L99)
- XIII. Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conjuntivo (M00 – M99)
- XIV. Enfermedades del sistema genitourinario (N00 – N99)
- XV. Embarazo, parto y puerperio (O00 – O99)
- XVI. Ciertas enfermedades originadas en el período perinatal (P00 – P95)

- XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anormalidades cromosómicas (Q00 – Q99)
- XVIII. Síntomas, signos, anormalidades clínicas y hallazgos anormales de laboratorio no clasificados en otra parte (R00 – R99)
- XIX. Traumatismos, envenenamientos y ciertas consecuencias de otras causas externas (S00 – T98)
- XX. Causas externas de morbilidad y de mortalidad (V01 – Y98)
- XXI. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00 – Z99)

Para morbilidad, la afección principal se define como la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. ⁽²⁾

- Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más relevante. ⁽²⁾
- Cuando se registra una afección como traumatismo, envenenamiento u otro efecto de causas externas, es importante describir tanto la naturaleza de la afección como las causas que la originaron. ⁽²⁾
- Si un episodio de atención corresponde al tratamiento o investigación de una afección residual (secuela) de una enfermedad que ya no está presente o activa, la secuela y su origen deben describirse en forma completa, aclarándose simultáneamente que la enfermedad original ya no está presente. ⁽²⁾

Funcionamiento

El funcionamiento es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). ⁽³⁾

Entre la familia de clasificaciones internacionales desarrollada por la OMS, y complementaria a la CIE 10, la CIF es una clasificación cuyo objetivo es aportar un lenguaje común, fiable, estandarizado aplicable transculturalmente, y brinda el marco conceptual basado en el funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud. Su mayor virtud es que provee un abordaje integral del paciente. ^(3,4)

El modelo CIF se establece en dos grandes partes, subdivididos en constructos y dominios:

- La primera agrupa el funcionamiento y discapacidad con dos componentes: (a) Funciones y Estructuras Corporales, (b) Actividades – Participación.
- Una segunda parte agrupa los llamados factores contextuales con dos componentes: (a) Factores Ambientales, (b) Factores Personales.

Los mencionados componentes se definen:

- Funciones corporales: Que se refieren a las funciones fisiológicas de los diferentes sistemas y estructuras corporales relacionadas a las partes anatómicas del cuerpo. ^(3,4)

- Actividades y Participación: La primera entendida como la realización de una tarea o acción por parte de un individuo y la segunda como el acto de involucrarse en una situación vital. Se establece por definición que limitaciones en la Actividad son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño / realización de actividades y restricciones en la Participación son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones reales de la vida. ^(3,4)
- Factores Contextuales: Que incluyen el ambiente y los factores personales. Factores ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas. Los factores personales que son los múltiples aspectos propios de cada individuo, no se detallan en esta versión de la clasificación. ^(3,4)

Estos factores se integran enlazándose unos con otros para determinar el estado de salud. ^(3,4)

La CIF utiliza un sistema alfanumérico en el que las letras b, s, d, y e se usan para indicar Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades y Participación, y Factores Ambientales. Las letras van seguidas de un código numérico que empieza con el número del capítulo (un dígito), seguido del segundo nivel (dos dígitos) y del tercer y cuarto nivel (un dígito para cada uno). A mayor nivel de especificación, más detallada es la información en la categoría CIF referida. Todos los componentes se cuantifican utilizando la misma escala genérica: tener un problema puede significar tanto una deficiencia, como una limitación, restricción o barrera, dependiendo del constructor. ^(5,3)

Discapacidad

Término genérico que incluye las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). ⁽⁵⁾

Según la CIF hay dos modelos a considerar en discapacidad:

- El modelo médico: la discapacidad es un problema de la persona, causado directamente por enfermedad, trauma u otra condición de la salud que requiere atención médica, prestada profesionalmente en forma de tratamiento individual; su manejo, está dirigido a la curación, o al ajuste y cambio de la conducta del individuo. ⁽⁶⁾
- El modelo social: la discapacidad es principalmente un problema creado socialmente, relacionado con la plena integración de los individuos en la sociedad; el enfoque de la discapacidad requiere acción social y es responsabilidad de la sociedad. ⁽⁶⁾

Rehabilitación

Proceso activo mediante el cual las personas con discapacidad como consecuencia de una enfermedad o una lesión, alcanzan una recuperación total, o si la recuperación total no es posible, desarrollan su máximo potencial físico, mental y social, y son integradas en el entorno más apropiado. ⁽⁶⁾

La rehabilitación está orientada hacia el funcionamiento humano, tiene la finalidad de permitir que las personas que sufren una discapacidad o que están en riesgo de sufrirla logren un funcionamiento óptimo y gocen de autonomía y autodeterminación en su interacción con el entorno físico, social y económico. ⁽⁶⁾

Según los lugares donde el paciente recibe tratamiento rehabilitador, ésta puede ser:

- Rehabilitación en etapa aguda (hospitalizado): realizada en unidades de cuidados agudos de los hospitales. ⁽⁷⁾

- Rehabilitación post aguda: forma parte de los cuidados post agudos para mejorar su estado funcional después de salir de una unidad de cuidados agudos hospitalaria. ⁽⁷⁾
- Rehabilitación en etapa crónica (no hospitalizado). ⁽⁷⁾

Como complemento a la medicina curativa y aguda, la medicina de rehabilitación es reconocida como la especialidad médica para el tratamiento de personas adultas jóvenes con enfermedades órgano específicas: neurológicas, músculo esqueléticas, ortopédicas, respiratorias y cardiovasculares. ⁽⁸⁾

El desarrollo de complicaciones médicas durante la rehabilitación puede interrumpir el progreso de los pacientes hacia su independencia funcional y podría requerir la transferencia del paciente hacia una unidad de cuidados agudos hospitalaria para el tratamiento de emergencia. ⁽⁹⁾

Etapas de vida adulto

Según el Área de la Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud del Ministerio de Salud del Perú, la Etapa de vida adulto comprende a las personas entre 20 y 59 años. Para una mejor caracterización de sus necesidades de salud, se subdivide en: ⁽¹⁰⁾

- Adulto joven: de 20 a 24 años. Empieza a asumir responsabilidades sociales y familiares. Inicia el desarrollo de su proyecto de vida. Puede ser económicamente dependiente o no. Fase más próxima a los adolescentes.
- Adulto intermedio: de 25 a 54 años. Tiene responsabilidad familiar generada o de origen. Son económicamente independientes. El entorno familiar (crianza de sus hijos) y laboral constituyen la razón de sus vidas.

- Adulto pre mayor: de 55 a 59 años. Es una etapa de transición hacia el envejecimiento. Implica una menor función reproductiva en el varón y el cese de esta función en la mujer. Menor responsabilidad de crianza de los hijos. Cese obligado o cambio de las funciones laborales en ambos.

Hospital Nacional Arzobispo Loayza

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza está ubicado en la ciudad de Lima Metropolitana, departamento de Lima, Perú. ⁽¹¹⁾

Forma parte integrante de la Red Hospitalaria del Ministerio de Salud; de III nivel de complejidad, de referencia nacional. ⁽¹¹⁾

Realiza actividades asistenciales de recuperación y de rehabilitación; actividades de docencia, y de investigación; de forma integral, contribuyendo al desarrollo de la práctica médica en el campo de la salud humana. ⁽¹¹⁾

Tiene como misión “brindar servicios de salud altamente especializados en el tratamiento y recuperación de enfermedades de alta complejidad”. ⁽¹¹⁾

Entre sus fines se encuentra “lograr la recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad e integralidad, en consulta externa, hospitalización y emergencia”. ⁽¹¹⁾

La demanda por atenciones de salud está en aumento, y se expresa en las dimensiones: cantidad de atención, tipo de atención, grupo poblacional específico que demanda, período de tiempo en el que ocurre el requerimiento, tipo de proveedor que ofrece los servicios. ⁽¹¹⁾

Para lograr satisfacer la demanda es necesario conocer las características de la población, según el ASIS 2009:

- En consulta externa, la distribución de la demanda de los servicios del hospital según género marcó un predominio del sexo femenino (70,30% del total de consultas), el grupo etáreo de mayor proporción de pacientes se concentró entre las edades de 20 – 59 años. ⁽¹¹⁾
- Las 10 principales causas de morbilidad, en orden descendente fueron: parto único espontáneo, colelitiasis, parto único por cesárea, apendicitis aguda, leiomioma uterino, prolapso genital femenino, neumonía organismo no especificado, hernia inguinal, diabetes mellitas no insulino dependiente, hiperplasia de próstata. ⁽¹¹⁾
- En hospitalización, su comportamiento está influenciado por las actividades de consulta externa, hubo 27 182 egresos hospitalarios según la Oficina de Estadística e Informática. ⁽¹¹⁾
- El promedio de permanencia (número de días que el paciente permanece hospitalizado) fue de 8.4 días. ⁽¹¹⁾
- La tasa de cesáreas, establece la cantidad de cesáreas que se realizan con relación al total de partos atendidos durante un período determinado, fue de 33,68%. ⁽¹¹⁾
- Dentro de las enfermedades no transmisibles notificables: ⁽¹¹⁾
 - Las enfermedades hipertensivas son la causa más frecuente de atención en consulta externa, seguido de ECV, angina de pecho, infarto agudo de miocardio.
 - Los ECV tienen un mayor número de permanencia así como el mayor número de defunciones.
 - Diabetes: se realizaron 5516 atenciones a pacientes diabéticos en consulta externa, 500 egresos hospitalarios; complicaciones tardías, se atendieron 240 casos de pie diabético en consulta exter-

na, 89 casos por egresos hospitalarios; decesos: 17 fallecidos, 3 por pie diabético.

- La vigilancia sobre el comportamiento de los accidentes de tránsito, según la Oficina del SOAT: ⁽¹¹⁾
- Registró 876 casos acumulados durante el 2009, con un promedio mensual de 73 accidentes.
- El género masculino fue el más afectado (455 casos).
- El grupo etáreo más afectado fue el de 20 a 44 años (48.9%), seguido del grupo de 45 a 64 años (25.5%), y de 65 a más (8.7%).
- Los tipos de accidente más frecuentes fueron: choques (49.8%), atropellos (38%), caídas (6.7%).

CAPITULO III

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar los diagnósticos etiológicos y discapacidades más frecuentes de los pacientes adultos que ingresaron al programa de Rehabilitación, durante su hospitalización en el HNAL el año 2011, valorados mediante interconsulta por el SMFR.

Objetivos Específicos

Identificar los diagnósticos etiológicos más frecuentes de los pacientes adultos que ingresaron al programa de Rehabilitación, durante su hospitalización en el HNAL el año 2011, valorados mediante interconsulta por el SMFR.

Identificar las discapacidades más frecuentes de los pacientes adultos que ingresaron al programa de Rehabilitación, durante su hospitalización en el HNAL el año 2011, valorados mediante interconsulta por el SMFR.

CAPITULO IV

MATERIALES Y METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es un estudio descriptivo, retrospectivo.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

Universo

El universo comprendió a todos los pacientes adultos, hospitalizados en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) durante el 2011 y valorados mediante interconsulta por el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación (SMFR), registrados según el cuaderno de interconsultas del SMFR.

Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos valorados mediante interconsulta al SMFR durante su hospitalización en el HNAL en el 2011.
- Pacientes comprendidos entre las edades de 20 y menores de 60 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes no registrados en el cuaderno de interconsultas del SMFR.
- Pacientes con doble registro.
- Pacientes no admitidos al programa de Rehabilitación en fase aguda (no registrados en el Cuaderno de Terapias para Pacientes Hospitalizados).
- Historias clínicas sin formato de interconsulta, aunque estén registradas en cuaderno de interconsultas del SMFR o en el Cuaderno de Terapias para Pacientes Hospitalizados (incompleta).

MUESTRA DE ESTUDIO

Población: 221 interconsultas.

Tamaño de la muestra: 106

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

○	n	=	tamaño muestral	=	106
○	N	=	total de la población	=	221
○	Z_{α}^2	=	1.96^2 (si la seguridad es del 95%)	=	3,8416
○	p	=	proporción esperada (en este caso 5%)	=	0.05
○	q	=	$1 - p$ (en este caso $1 - 0.05$)	=	0.95
○	d	=	precisión (en este caso deseamos un 3%)	=	0.03

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables de Estudio

1. Diagnóstico Etiológico

La afección principal diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Para el presente trabajo se usó la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10).

2. Discapacidad

Término genérico que incluye las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). Para el presente estudio se usó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF).

TÉCNICA Y MÉTODO DEL TRABAJO

Se revisó el cuaderno de registro de interconsultas del SMFR del HNAL, para obtener el número total de interconsultas solicitadas por los pabellones de hospitalización durante el año 2011; luego, se revisó el cuaderno de registro de pacientes admitidos al programa de rehabilitación en fase aguda (hospitalizados) durante el mismo año; de esta manera se determinó el universo.

Se revisaron las historias clínicas de pacientes adultos hospitalizados en el HNAL y admitidos al programa de rehabilitación en fase aguda (hospitalización), previa coordinación con la Oficina de Estadística e Informática, en el año 2011 y, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron recolectados en una ficha de recolección de datos, basada en el POA 2010 del HNAL, en la CIE 10 y en la CIF; validada por juicio de expertos; luego fueron procesadas con la ayuda de los programas Excel 2007 y SPSS (versión 21).

CAPÍTULO V RESULTADOS

En el 2011, en el SMFR del HNAL se registraron 1413 interconsultas recibidas, durante los 303 días útiles del año; obteniéndose una media de 4,66 interconsultas / día; siendo octubre el mes que registró mayor número de interconsultas; de ellos, 850 (60,2%) fueron programados para recibir tratamiento rehabilitador en etapa aguda. (Grafico1, tabla1, gráficos 2 y 3)

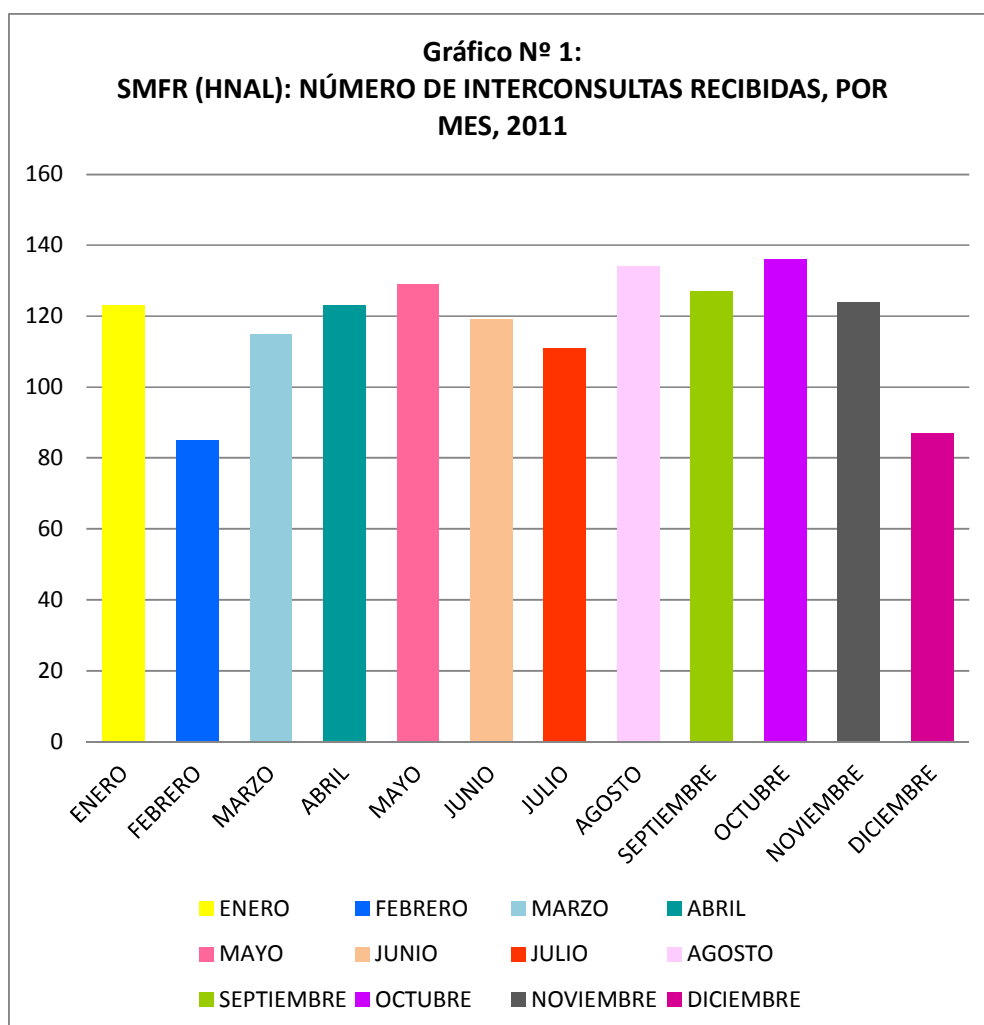


TABLA N° 1**SMFR (HNAL): NÚMERO DE INTERCONSULTAS RECIBIDAS,
POR MES, 2011**

MES		INTERCONSULTA		
	N° DÍAS	N°	MEDIA	%
ENERO	25	123	4.92	9
FEBRERO	24	85	3.54	6
MARZO	27	115	4.26	8
ABRIL	24	123	5.13	9
MAYO	26	129	4.96	9
JUNIO	25	119	4.76	8
JULIO	24	111	4.63	8
AGOSTO	26	134	5.15	9
SEPTIEMBRE	26	127	4.88	9
OCTUBRE	25	136	5.44	10
NOVIEMBRE	25	124	4.96	9
DICIEMBRE	26	87	3.35	6
TOTAL	303	1413	4.66	100

Nota: se toma en cuenta los días útiles de cada mes, los domingos se cierra el servicio. Son feriados nacionales en Perú: año nuevo en enero (sábado 1°), semana santa en abril (jueves 21 y viernes 22), día del trabajo en mayo (domingo 1°), día del Papa en junio (miércoles 29), fiestas patrias en julio (jueves 28 y viernes 29), día de Santa Rosa de Lima en agosto (martes 30), combate de Angamos en octubre (sábado 8), día de todos los santos en noviembre (martes 1°), día de la Inmaculada Concepción (jueves 8) y navidad (domingo 25) en diciembre.

Gráfico N° 2:
SMFR (HNAL): NÚMERO DE INTERCONSULTAS RECIBIDAS, POR
MES, 2011
(Promedio mensual)

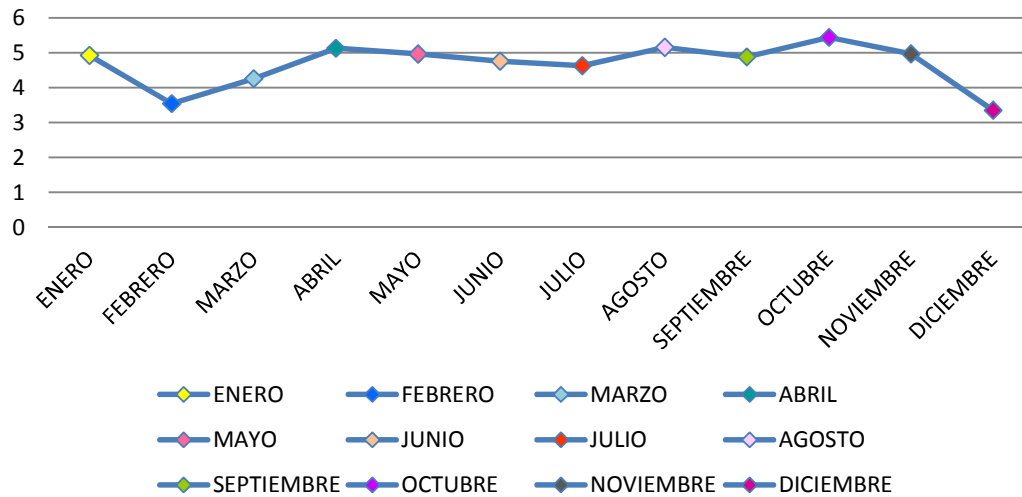
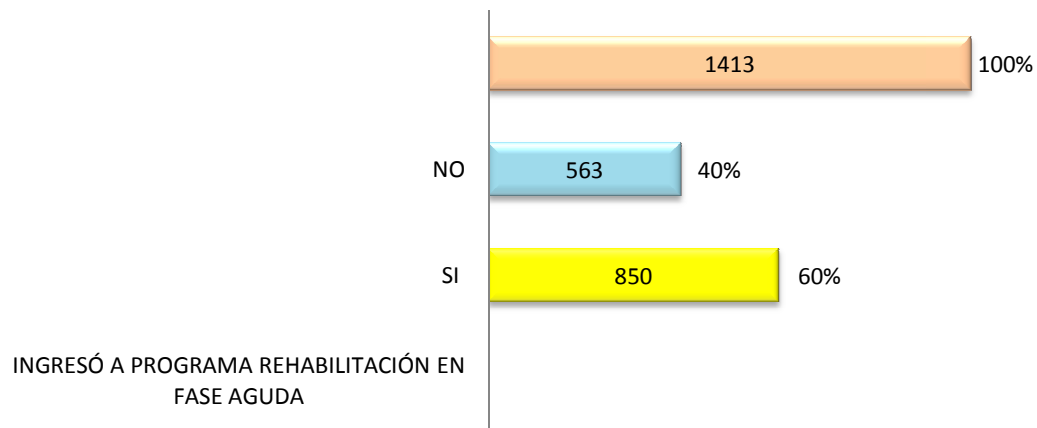


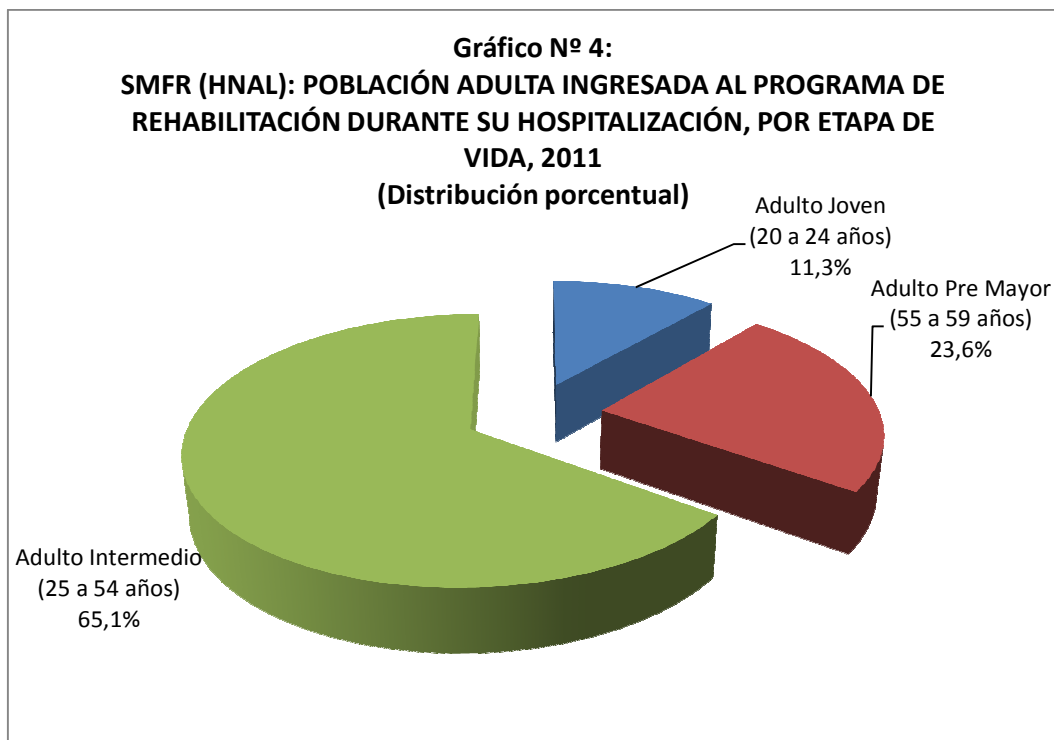
Gráfico N° 3
SMFR (HNAL): PACIENTES INGRESADOS AL PROGRAMA DE
REHABILITACIÓN EN ETAPA AGUDA, POR INTERCONSULTAS, 2011
(Distribución porcentual)



La población adulta (20 a 59 años) hospitalizada en el HNAL el año 2011 y que requirió tratamiento rehabilitador indicado por el Médico Fisiatra, se distribuyó predominantemente en el subgrupo etáreo Adulto Intermedio (25 a 54 años). (Tabla2, gráfico 4)

TABLA N° 2
SMFR (HNAL): DISTRIBUCIÓN DE LA
POBLACIÓN ADULTA INGRESADA AL
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DURANTE SU
HOSPITALIZACIÓN, SEGÚN ETAPA DE VIDA
ADULTA, 2011

ETAPA DE VIDA	<i>f</i>	%
20 A 24 AÑOS	12	11,3
25 A 54 AÑOS	69	65,1
55 A 59 AÑOS	25	23,6
	106	100



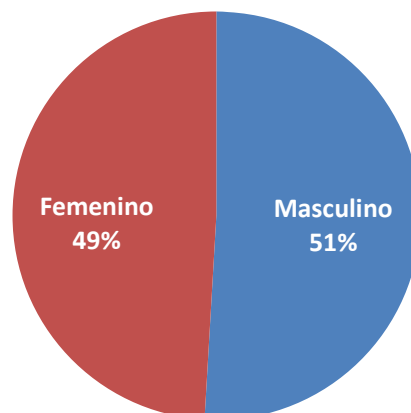
La distribución por sexo fue casi homogénea: 51% masculino y 49% femenino.
(Tabla 3, gráfico 5).

TABLA N° 3

**SMFR (HNAL): DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN
ADULTA INGRESADA AL PROGRAMA DE
REHABILITACIÓN DURANTE SU
HOSPITALIZACIÓN, SEGÚN SEXO, 2011**

SEXO	<i>f</i>	%
FEMENINO	52	49,1
MASCULINO	54	50,9
	106	100

Gráfico N° 5:
**SMFR (HNAL): POBLACIÓN ADULTA INGRESADA AL
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DURANTE SU
HOSPITALIZACIÓN, SEGÚN SEXO, 2011**
(Distribución porcentual)



Los diagnósticos más frecuentes, según CIE 10, de la etapa de vida adulto se muestran en la Tabla 4.

TABLA N° 4

SMFR (HNAL): TENDENCIA DE LA MORBILIDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS INGRESADOS AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, 2011			
MORBILIDAD	CIE 10	F	%
OTROS SÍNDROMES PARALÍTICOS ¹	G83	12	3,0
CONVALECENCIA POST CIRUGÍA	Z54	10	2,5
CUIDADOS POSTERIORES A CIRUGÍA PLÁSTICA	Z42	7	1,8
HEMIPLEJÍA NO ESPECIFICADA	G81.9	7	1,8
INFARTO CEREBRAL NO ESPECIFICADO	I63.9	7	1,8
PROBLEMA MOVILIDAD REDUCIDA	Z74.0	7	1,8
HIPERTENSIÓN	I10	6	1,5
SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ	G61	6	1,5
AFASIA	R47.0	5	1,3
CUADRIPLÉJIA FLÁCCIDA	G82.3	5	1,3
DIABETES MELLITUS NO INSULINO DEPENDIENTE	E11	5	1,3
OTROS SÍNDROMES PARALÍTICOS ESPECIFICADOS	G83.8	5	1,3
PARAPLEJÍA FLÁCCIDA	G82.0	5	1,3
QUEMADURAS MÚLTIPLES, CON MENCIÓN AL MENOS DE UNA QIII GRADO	T29.3	5	1,3
EXPLOSIÓN CILINDRO CON GAS	W36	4	1,0

¹ Nota: Esta categoría se usa en la codificación primaria solamente cuando se informan estas afecciones sin otra especificación; o cuando se indica que son antiguas o de larga duración pero no se menciona la causa. Se usa también en la codificación múltiple para identificar las afecciones de este tipo resultantes de cualquier causa.

Incluye: parálisis (completa) (incompleta), excepto las clasificadas en G80 – G82.

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 1997.

LUMBAGO NO ESPECIFICADO	M54.5	4	1,0
MENINGITIS TUBERCULOSA	A17.0	4	1,0
OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS MÉDULA ESPINAL	G95.8	4	1,0
SECUELA TRAUMATISMO MÉDULA ESPINAL	T91.3	4	1,0
ABSCESO Y GRANULOMA INTRACRANEAL	G06.0	3	0,8
ESCOLIOSIS	M41	3	0,8
HEMORRAGIA INTRAENCEFÁLICA NO ESPECIFICADA	I61.9	3	0,8
INFARTO CEREBRAL	I63	3	0,8
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	J96	3	0,8
PARAPLEJIA NO ESPECIFICADA	G82.2	3	0,8
POLIMIOSITIS	M33.2	3	0,8
SECUELA DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	I69	3	0,8
SECUELA ECV NO ESPECIFICADA	I69.4	3	0,8
SECUELA TRAUMATISMO CABEZA NO ESPECIFICADO	T90.9	3	0,8
SECUELAS DE INFARTO CEREBRAL	I69.3	3	0,8
ÚLCERA DECÚBITO	L89	3	0,8
COMPRESIÓN MEDULAR NO ESPECIFICADA	G95.2	2	0,5
CONTACTO CON OTROS LÍQUIDOS CALIENTES	X12	2	0,5
CONTRACTURA ARTICULAR	M24.5	2	0,5
CUADRIPLÉJIA NO ESPECIFICADA	G82.5	2	0,5
ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE SNC NO ESPECIFICADA	G37.9	2	0,5
HEMIPLEJÍA FLÁCCIDA	G81.1	2	0,5
HIDROCÉFALO NO ESPECIFICADO	G91.9	2	0,5
INSUFICIENCIA CARDÍACA NO ESPECIFICADA	I50.9	2	0,5
LUMBAGO CON CIÁTICA	M54.4	2	0,5
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	M32	2	0,5
MIALGIA	M79.1	2	0,5
NEUROMIELITIS ÓPTICA (DEVIC)	G36.0	2	0,5
OBESIDAD NO ESPECIFICADA	E66.9	2	0,5
OTRO DOLOR CRÓNICO	R52.2	2	0,5

OTROS TRASTORNOS NERVIO FACIAL	G51.8	2	0,5
OTROS TRAUMATISMOS DE LA MÉDULA ESPINAL CERVICAL	S14.1	2	0,5
QUEMADURAS AFECTAN DEL 30 - 39% SCT	T31.3	2	0,5
SECUELA TRAUMATISMO MÚLTIPLES REGIONES CUERPO	T94.0	2	0,5
SOMNOLENCIA, ESTUPOR Y COMA	R40	2	0,5
TUBERCULOSIS COLUMNA VERTEBRAL	M49.0	2	0,5
ACCIDENTE TRANSPORTE NO ESPECIFICADO	V99	1	0,3
ACROMEGALIA	E22.0	1	0,3
AMPUTACIÓN DE MIEMBRO	Y83.5	1	0,3
AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA NIVEL ENTRE CADERA Y RODILLA	S78.1	1	0,3
ANORMALIDADES MARCHA Y MOVILIDAD NO ESPECIFICADOS	R26	1	0,3
ARTRITIS PIÓGENA	M00	1	0,3
ARTRITIS REUMATOIDE NO ESPECIFICADA	M06.1	1	0,3
ASMA	J45	1	0,3
ATENCIÓN DE OTROS ORIFICIOS ARTIFICIALES	Z43.8	1	0,3
ATENCIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA	Z43.8	1	0,3
BRONQUIECTASIA	J47	1	0,3
CAÍDA NO ESPECIFICADA	W19	1	0,3
CEGUERA DE AMBOS OJOS	H54.0	1	0,3
CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHÓLICA	K70.3	1	0,3
CONTACTO CON AGUA CALIENTE CORRIENTE	X11	1	0,3
CONVALECENCIA	Z54	1	0,3
CONVALECENCIA CONSECUTIVA A OTROS TRATAMIENTOS	Z54.8	1	0,3
CONVALECENCIA CONSECUTIVA A TRATAMIENTO DE FRACTURA	Z54.4	1	0,3
CUADRIPLÉJIA ESPÁSTICA	G82.4	1	0,3
DEFICIENCIA OTRAS VITAMINAS GRUPO B	E53.8	1	0,3
DEPENDENCIA DE RESPIRADOR	Z99.1	1	0,3

DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	E14	1	0,3
DIABETES MELLITUS NO INSULINO DEPENDIENTE CON COMPLICACIONES OFTÁLMICAS	E11.3	1	0,3
DIABETES MELLITUS NO INSULINO DEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	E11.8	1	0,3
DIFICULTADES Y MALA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTACIÓN	R63.4	1	0,3
DISARTRIA	R47.1	1	0,3
DOLOR EN ARTICULACIÓN	M25.5	1	0,3
EMBOLIA Y TROMBOSIS VENA NO ESPECIFICADA	I82.9	1	0,3
ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA	I67.4	1	0,3
ENFERMEDAD DE LA MÉDULA ESPINAL NO ESPECIFICADA	G95.9	1	0,3
ENFERMEDAD DE STILL	M06.1	1	0,3
ENFERMEDAD VIH RESULTANTE INFECCIÓN MICOBACTERIAS	B20.0	1	0,3
EPILEPSIA	G40	1	0,3
ESTADO EMBARAZO, INCIDENTAL	Z33	1	0,3
EXPOSICIÓN A FUERZAS MECÁNICAS INANIMADAS	W49	1	0,3
EXPOSICIÓN A OTRAS CORRIENTES ELÉCTRICAS ESPECIFICADAS	W86	1	0,3
FRACTURA COLUMNA TORÁCICA	S22.0	1	0,3
FRACTURA DIÁFISIS HÚMERO	S42.3	1	0,3
GONARTROSIS	M17	1	0,3
HEMIPLEJÍA	G81.9	1	0,3
HIPERTIROIDISMO	E05	1	0,3
HIPOTIROIDISMO	E03.9	1	0,3
LESIÓN HOMBRO NO ESPECIFICADA	M75.9	1	0,3
LONGITUD DESIGUAL ADQUIRIDA MIEMBROS	M21.7	1	0,3
MIELITIS TRANSVERSA AGUDA EN ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE SNC	G37.3	1	0,3
MONOPLEJÍA MIEMBRO SUPERIOR	G83.2	1	0,3
NECESIDAD DE AYUDA PARA EL CUIDADO PERSONAL	Z74.1	1	0,3

NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO A PRESIÓN	J93.0	1	0,3
NEUMOTÓRAX NO ESPECIFICADO	J93.9	1	0,3
OCCLUSIÓN Y ESTENOSIS DE ARTERIA PRECEREBRAL NO ESPECIFICADA	I65.9	1	0,3
OTRAS ARTRITIS ESPECIFICADAS	M13.8	1	0,3
OTRAS CIFOSIS	M40.2	1	0,3
OTRAS EPOC	J44	1	0,3
OTRAS HEMORRAGIAS SUBARACNOIDEAS	I60.8	1	0,3
OTRAS MIOPATÍAS ESPECIFICADAS	G72.8	1	0,3
OTRAS PSORIASIS	L40.8	1	0,3
OTRAS TERAPIAS FÍSICAS	Z50.1	1	0,3
OTROS DESPLAZAMIENTOS DISCO INTERVERTEBRAL ESPECIFICADO	M51.2	1	0,3
OTROS TRAUMATISMO MÉDULA ESPINAL TORÁCICA	S24.1	1	0,3
PARAPLEJÍA ESPÁSTICA	G82.1	1	0,3
PARAPLEJIA ESPÁSTICA TROPICAL	G04.1	1	0,3
PROBLEMAS RELACIONADOS CON MODO DE VIDA	Z73	1	0,3
PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUPERVISIÓN CONTINUA	Z74.3	1	0,3
QUEMADURA MUÑECA Y MANO III GRADO	T23.3	1	0,3
QUEMADURAS AFECTAN MENOS 10% SCT	T31.1	1	0,3
RIGIDEZ ARTICULAR NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	M25.6	1	0,3
SECUELA OTROS ACCIDENTES TRANSPORTE Y LOS NO ESPECIFICADOS	Y85.9	1	0,3
SECUELA TRAUMATISMO MIEMBRO SUPERIOR	T92	1	0,3
SECUELAS OTRAS ECV ESPECIFICADAS O NO	I69.8	1	0,3
SÍNDROME PARALÍTICO NO ESPECIFICADO	G83.9	1	0,3
TRAQUEOSTOMÍA	Z93.0	1	0,3
TRASTORNO DISCO LUMBARY OTROS CON RADICULOPATÍA	M51.1	1	0,3
TRASTORNO HOMBRO Y BRAZO	S40.0	1	0,3
TRASTORNO RAÍZ LUMBOSACRA	G54.4	1	0,3

TRAUMATISMO DEL CUELLO NO ESPECIFICADO	S19.9	1	0,3
TRAUMATISMO MÚLTIPLES NERVIOS A NIVEL HOMBRO Y BRAZO	S44.7	1	0,3
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA	A16.9	1	0,3
TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO DE HUESO	D48.0	1	0,3
TUMOR MALIGNO DEL ENCÉFALO	C71.9	1	0,3
TUMOR MALIGNO ENDOMETRIO	C54.1	1	0,3
TUMOR MALIGNO GLÁNDULA TIROIDES	C73	1	0,3
TUMOR MALIGNO HUESO MAXILAR INFERIOR	C41.1	1	0,3
TUMOR MÉDULA ESPINAL COMPORTAMIENTO INCIERTO	D43.4	1	0,3
USO PRESENTE DE ANTICOAGULANTES	Z92.1	1	0,3
VÁRICES ESOFÁGICAS	I85	1	0,3
VENAS VARICOSAS MIEMBROS INFERIORES	I83.0	1	0,3

La tendencia de los diagnósticos etiológicos más frecuentes, por capítulo según CIE 10, de los pacientes adultos que ingresaron al programa de Rehabilitación, durante su hospitalización en el HNAL el año 2011, valorados mediante interconsulta por el SMFR, se muestra en los gráficos 6, 7, 8 y 9.

Gráfico N° 6:
SMFR (HNAL): TENDENCIA DE POBLACIÓN ADULTA INGRESADA AL PROGRAMA REHABILITACIÓN DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, SEGÚN CIE 10, 2011

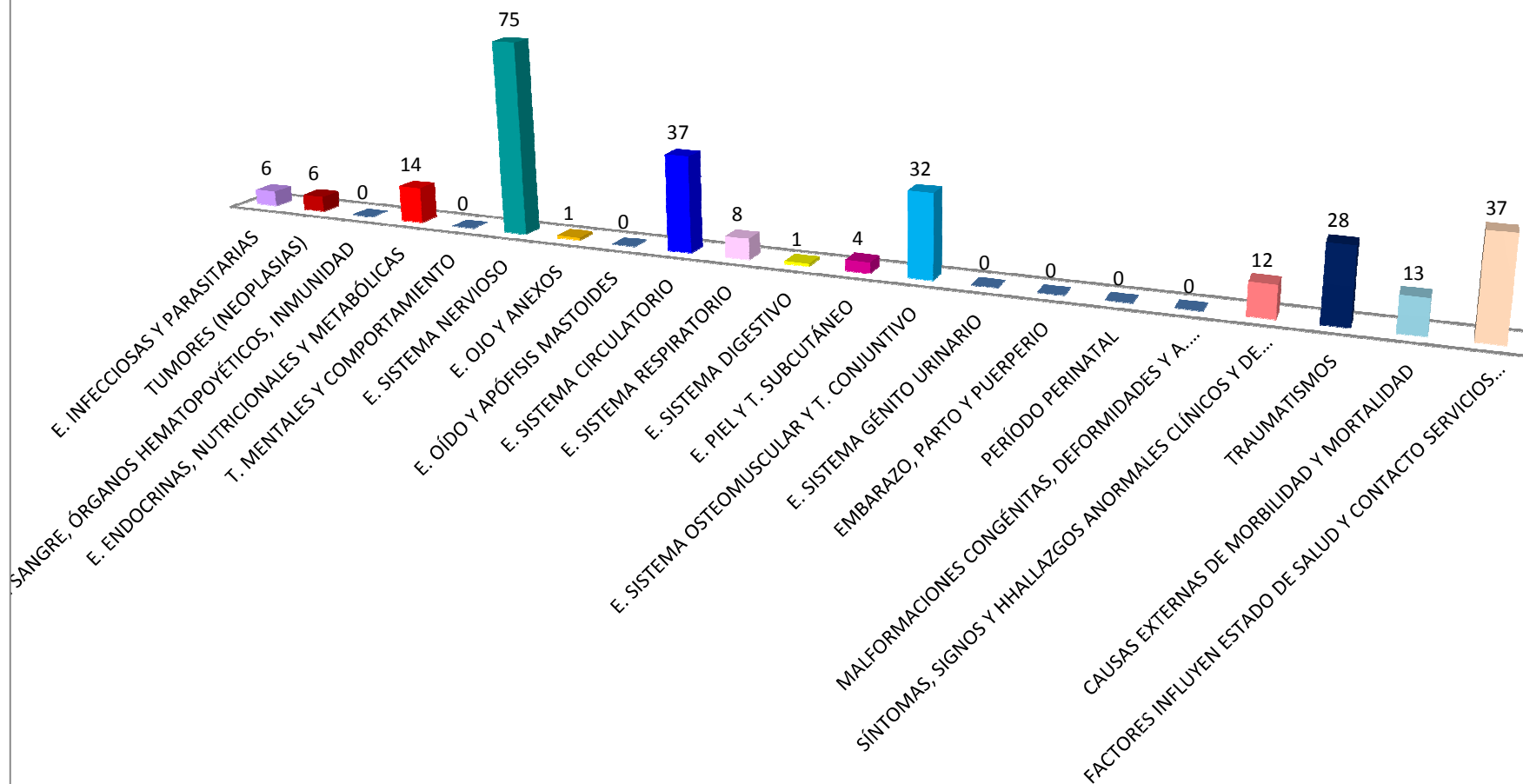


Gráfico N° 7:
SMFR (HNAL): MORBILIDAD, POR ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO, DE LOS PACIENTES ADULTOS
INGRESADOS AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, SEGÚN CIE 10, 2011
(G00 - G99)

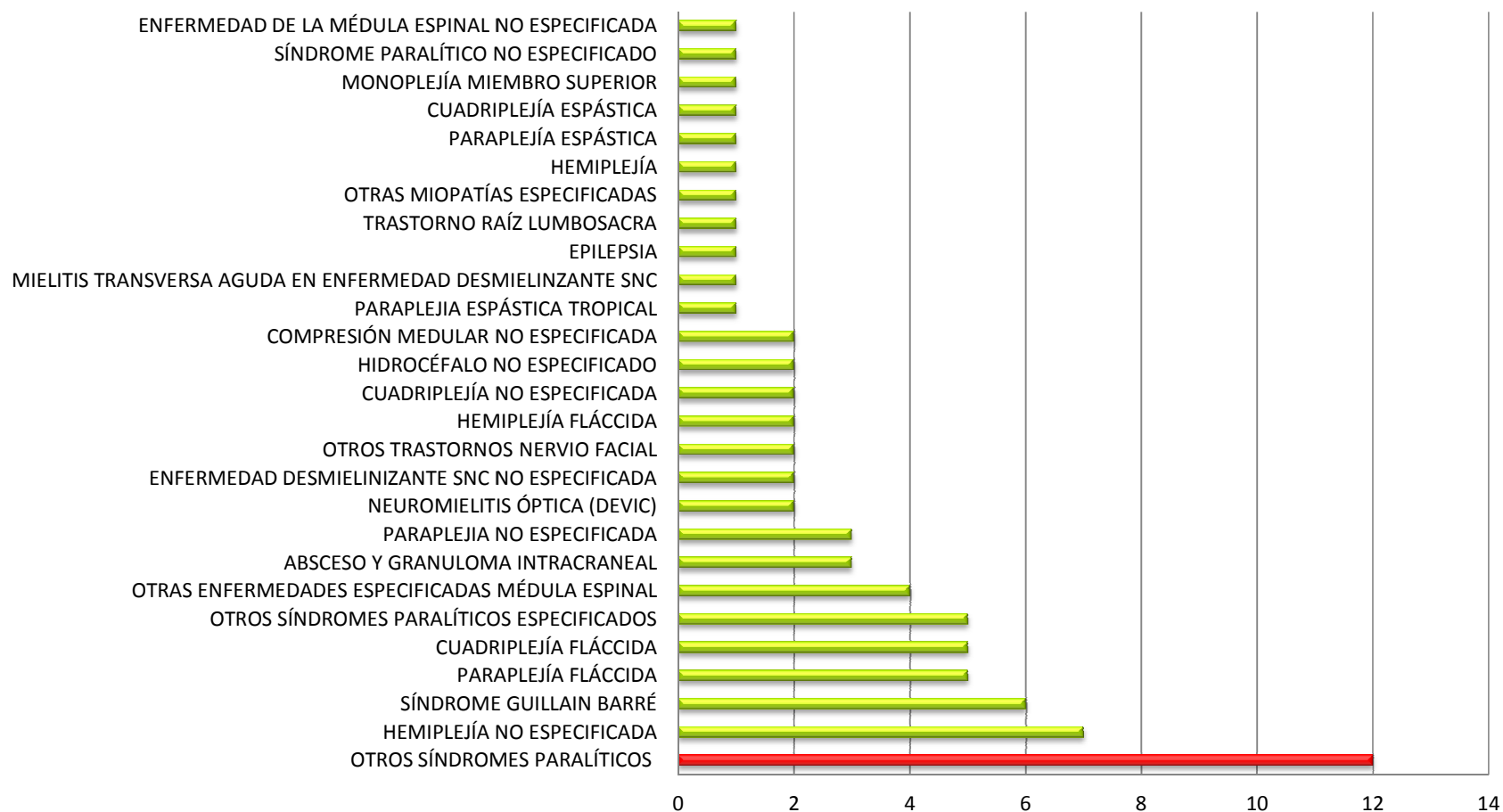


Gráfico N° 8:
SMFR (HNAL): MORBILIDAD , POR FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS
SERVICIOS DE SALUD, DE LOS PACIENTES ADULTOS INGRESADOS AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, SEGÚN CIE 10, 2011
(Z00 - Z99)

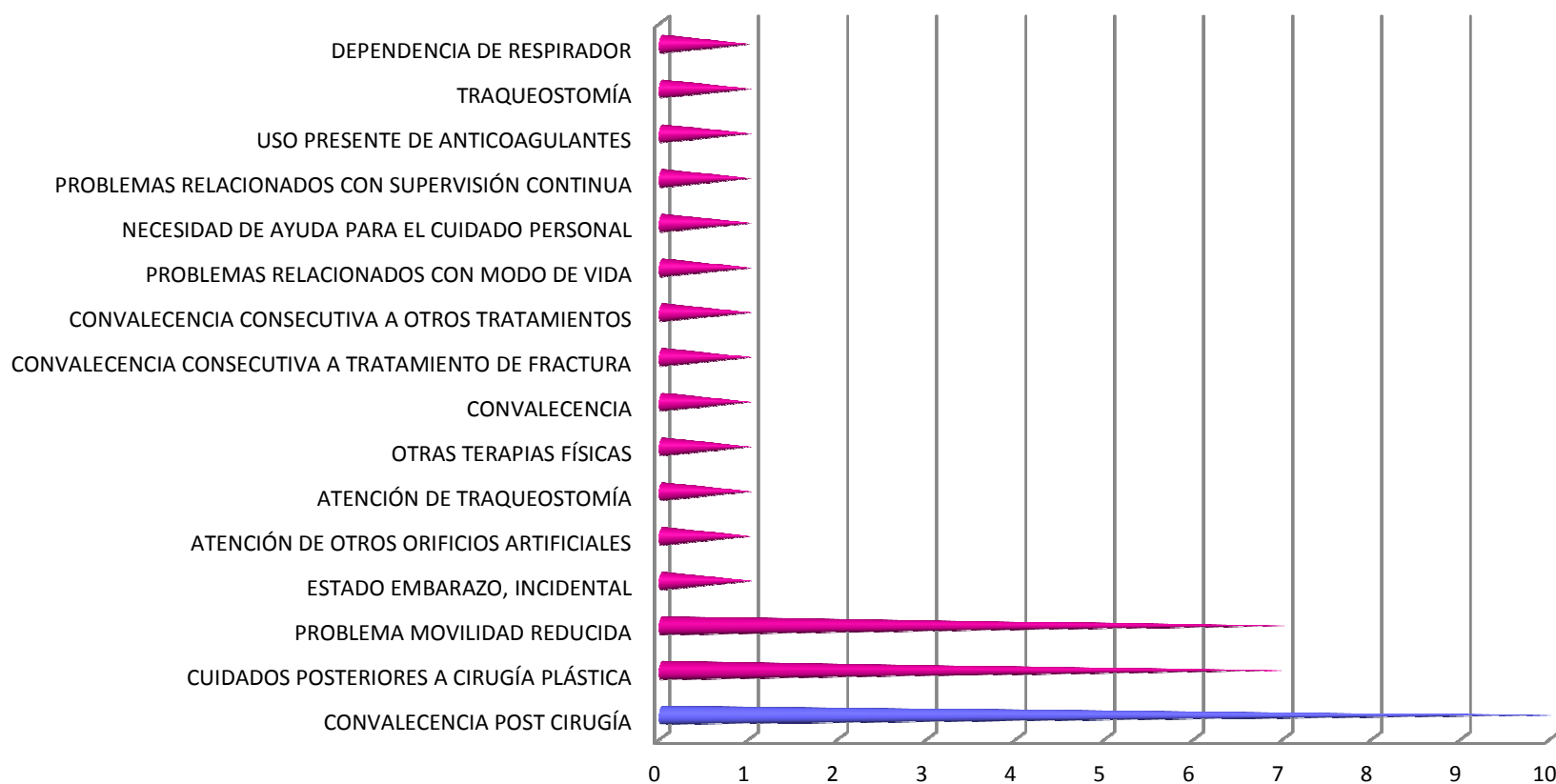
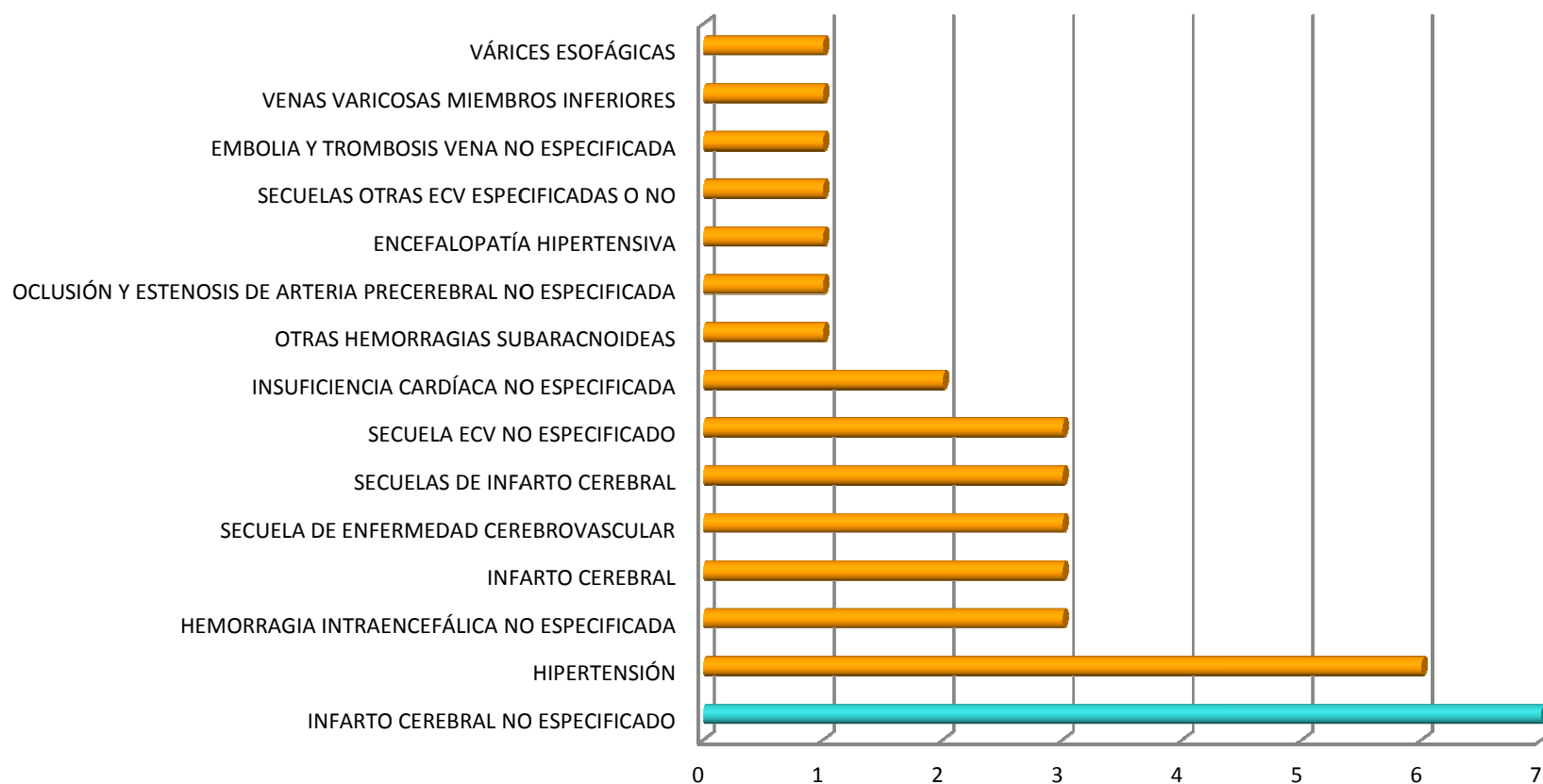


Gráfico N° 9:
SMFR (HNAL): MORBILIDAD, POR ENFERMEDAD DEL SISTEMA CIRCULATORIO, DE LOS PACIENTES ADULTOS
INGRESADOS AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, SEGÚN CIE 10, 2011
(I00 - I99)



Las discapacidades más frecuentemente registradas por los Médicos Fisiatras del SMFR, en los formatos de interconsultas del HNAL, de los pacientes adultos que ingresaron al programa de Rehabilitación durante su hospitalización en el año 2011, según los componentes calificadores del CIF incluidos fueron:

- Componente Función Corporal: (Tabla 5, gráfico 10)
 1. Funciones relacionadas con la fuerza muscular (b730); 15,2%
 2. Funciones relacionadas con el tono muscular (b735); 7,6%
 3. Sensación de dolor (b280); 6,1%

- Componente Estructura Corporal: (Tabla 6, gráfico 11)
 1. Estructura del cerebro (s110); 9,1%
 2. Con 5,6%:
 - Estructura de la extremidad inferior (s750)
 - Médula espinal y estructuras relacionadas (s120)

- Componente Actividades y Participación: (Tabla 7, gráfico 12)
 1. Mantener la posición del cuerpo (d415); 19%
 2. Andar (d450); 16,5%
 3. Hablar (d330); 7,8%

TABLA N° 5

**SMFR (HNAL): TENDENCIA DE LA DISCAPACIDAD, POR
FUNCIONES CORPORALES, DE LOS PACIENTES ADULTOS
INGRESADOS AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DURANTE
SU HOSPITALIZACIÓN, 2011**

DISCAPACIDAD: FUNCIÓN CORPORAL [b]	CIF	f	%
Funciones relacionadas con la fuerza muscular ^{/1}	b730	60	15,2
Funciones relacionadas con el tono muscular	b735	30	7,6
Sensación de dolor	b280	24	6,1
Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones	b710	23	5,8
Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios	b760	19	4,8
Funciones protectoras de la piel	b810	17	4,3
Funciones táctiles	b265	16	4,1
Funciones reparadoras de la piel	b820	13	3,3
Funciones relacionadas con la ingestión	b510	12	3,0
Funciones mentales del lenguaje	b167	10	2,5
Funciones relacionadas con el patrón de la marcha	b770	10	2,5
Funciones de la conciencia	b110	9	2,3
Funciones urinarias	b620	9	2,3
Funciones de los vasos linfáticos	b435	8	2,0
Funciones relacionadas con la resistencia muscular	b740	7	1,8
Funciones relacionadas con los reflejos motores	b750	7	1,8
Funciones respiratorias adicionales	b450	7	1,8
Función propioceptiva	b260	6	1,5
Funciones de la articulación	b320	6	1,5
Funciones de la orientación	b114	5	1,3
Funciones de los músculos respiratorios	b445	4	1,0
Funciones respiratorias	b440	4	1,0
Funciones emocionales	b152	3	0,8
Funciones relacionadas con la defecación	b525	3	0,8
Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones	b715	3	0,8
Funciones de la percepción	b156	2	0,5

Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio	b455	2	0,5
Funciones relacionadas con los reflejos de movimientos involuntarios	b755	2	0,5
Sensaciones asociadas con funciones cardiovasculares y respiratorias	b460	1	0,3
Funciones de la memoria	b144	1	0,3
Funciones del pensamiento	b160	1	0,3
Funciones del sueño	b134	1	0,3
Funciones relacionadas con la temperatura y otros estímulos	b550	1	0,3
Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, otras especificaciones	b498	1	0,3
Otras funciones de la piel	b830	1	0,3
Sensación de dolor especificada	b289	1	0,3

Nota: Definición de “Funciones relacionadas con la fuerza muscular”.

/1 Funciones relacionadas con la fuerza generada por la contracción de un músculo o grupo de músculos.

Incluye: funciones asociadas con la fuerza de músculos específicos o grupos de músculos, músculos de una extremidad, de un lado del cuerpo, de la mitad inferior del cuerpo, de todas las extremidades, del tronco y del cuerpo como un todo: deficiencias tales como debilidad de los músculos pequeños de las manos y los pies, parálisis muscular, paresia muscular, monoplejía, hemiplejía, paraplejía, tetraplejía y mutismo aquinético.

Excluye: funciones de las estructuras adyacentes del ojo; funciones relacionadas con el tono muscular; funciones relacionadas con la resistencia muscular.

Fuente: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 2001.

Gráfico N°10:
SMFR (HNAL): DISCAPACIDAD, POR FUNCIONES CORPORALES, DE LOS
PACIENTES ADULTOS INGRESADOS AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, SEGÚN CIF, 2011

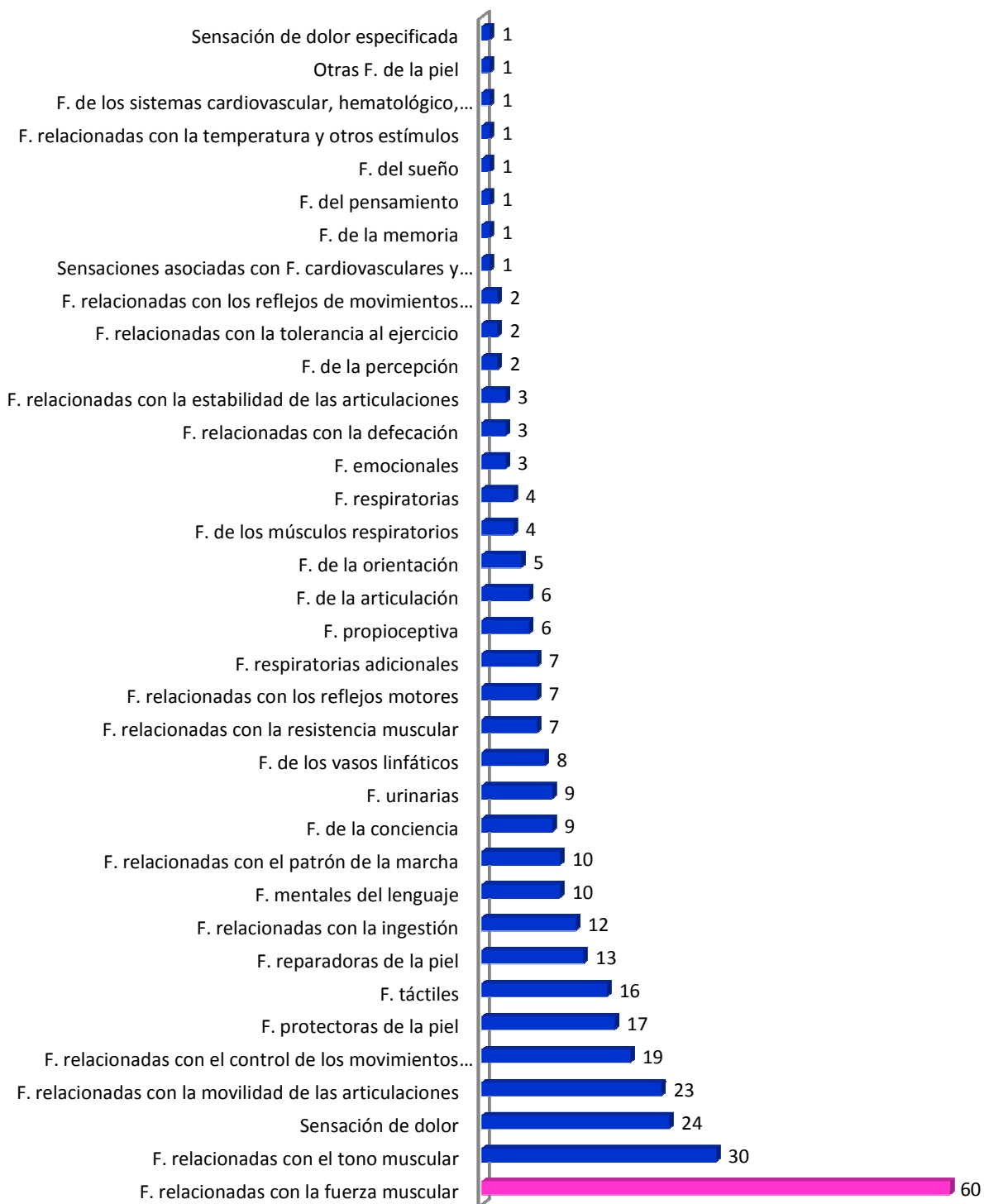


TABLA N° 6

**SMFR (HNAL): TENDENCIA DE LA DISCAPACIDAD, POR
ESTRUCTURAS CORPORALES, DE LOS PACIENTES
ADULTOS INGRESADOS AL PROGRAMA DE
REHABILITACIÓN DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, 2011**

DISCAPACIDAD: ESTRUCTURA CORPORAL [s]	CIF	<i>f</i>	%
Estructura del cerebro	s110	36	9,1
Estructura de la extremidad inferior	s750	22	5,6
Médula espinal y estructuras relaciona- das	s120	22	5,6
Estructura de las áreas de la piel	s810	21	5,3
Estructura del tronco	s760	19	4,8
Estructura de la extremidad superior	s730	9	2,3
Estructura de las meninges	s130	5	1,3
Estructura de la región pélvica	s740	3	0,8
Estructura de la cabeza y de la región del cuello	s710	2	0,5
Estructura de la región del hombro	s720	2	0,5
Estructura del sistema respiratorio	s430	2	0,5
Estructura de las glándulas de la piel	s820	1	0,3
Estructura de las glándulas endocrinas	s580	1	0,3
Estructura del sistema cardiovascular	s410	1	0,3
Vasos linfáticos	s420	1	0,3

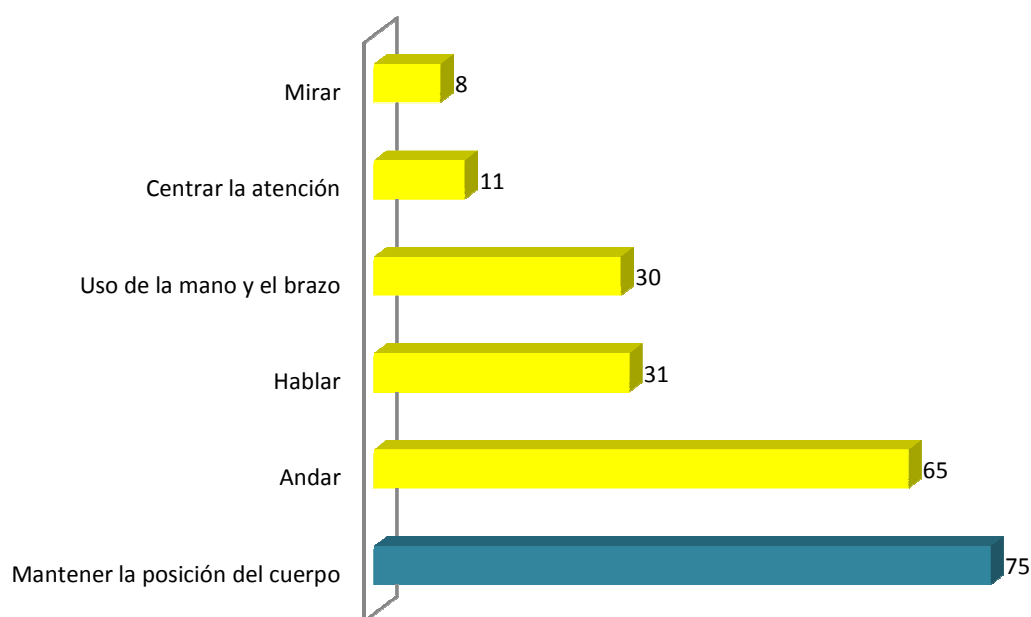
Gráfico N° 11:
SMFR (HNAL): DISCAPACIDAD, POR ESTRUCTURAS CORPORALES, DE
LOS PACIENTES ADULTOS INGRESADOS AL PROGRAMA DE
REHABILITACIÓN DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, SEGÚN CIF, 2011



TABLA N° 7

SMFR (HNAL): TENDENCIA DE LA DISCAPACIDAD, POR ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN, PACIENTES ADULTOS INGRESADOS AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, 2011			
DISCAPACIDAD: ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN [d]	CIF	f	%
Mantener la posición del cuerpo	d415	75	19,0
Andar	d450	65	16,5
Hablar	d330	31	7,8
Uso de la mano y el brazo	d445	30	7,6
Centrar la atención	d160	11	2,8
Mirar	d110	8	2,0

Gráfico N° 12:
SMFR (HNAL): DISCAPACIDAD, POR ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN, DE LOS PACIENTES ADULTOS INGRESADOS AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, SEGÚN CIF, 2011



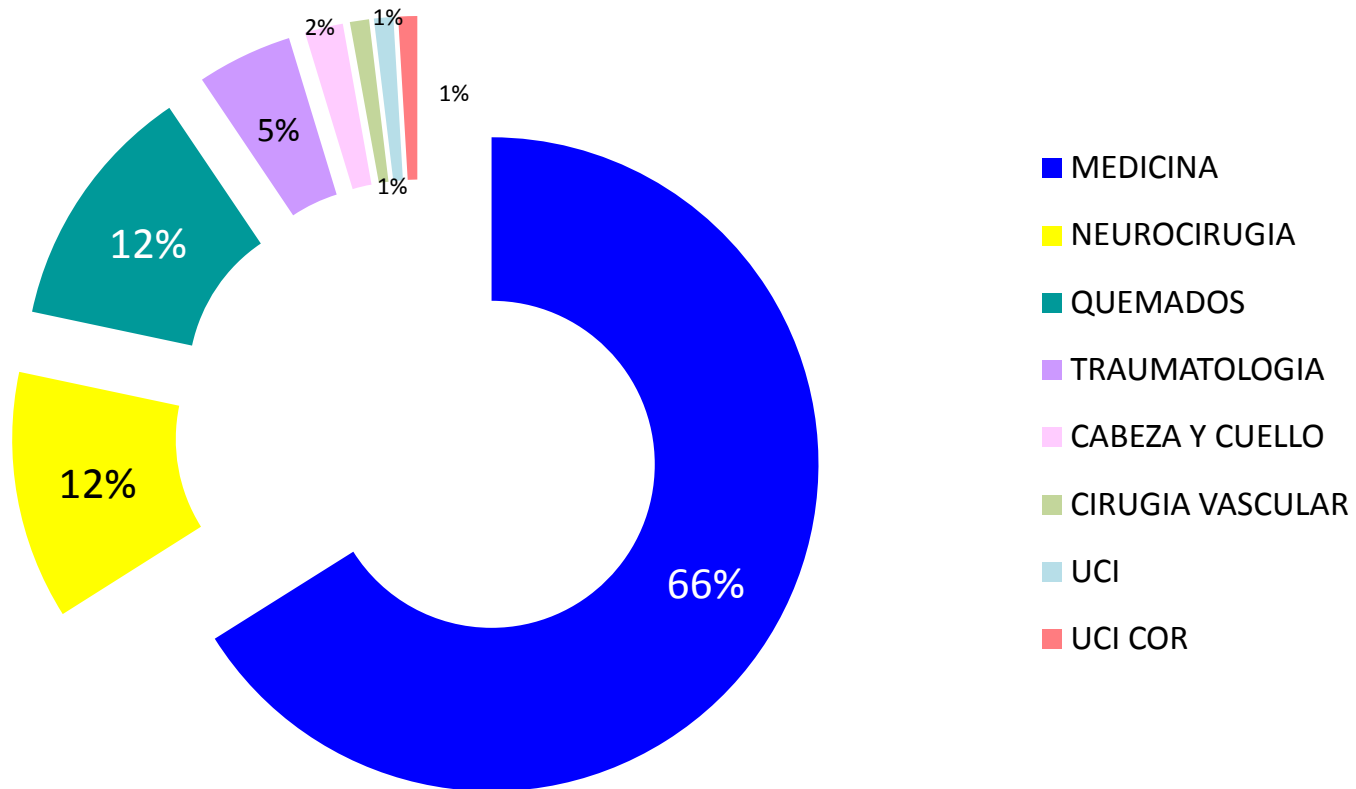
Los servicios de hospitalización que más demandaron la atención por el SMFR, mediante interconsulta, para sus pacientes fueron: Medicina, Neurocirugía y Cirugía Plástica y Quemados. (Tabla 8, gráfico 13)

TABLA N° 8

**SMFR (HNAL): DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA
INGRESADA AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, SEGÚN ESPECIALIDAD
DE PROCEDENCIA, 2011**

ESPECIALIDAD	<i>f</i>	%
MEDICINA	70	66
NEUROCIROGIA	13	12
QUEMADOS	13	12
TRAUMATOLOGIA	5	5
CABEZA Y CUELLO	2	2
CIRUGIA VASCULAR	1	1
UCI	1	1
UCI COR	1	1

Gráfico N° 13:
SMFR (HNAL): DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA INGRESADA AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, SEGÚN SERVICIO DE PROCEDENCIA DE INTERCONSULTA, 2011



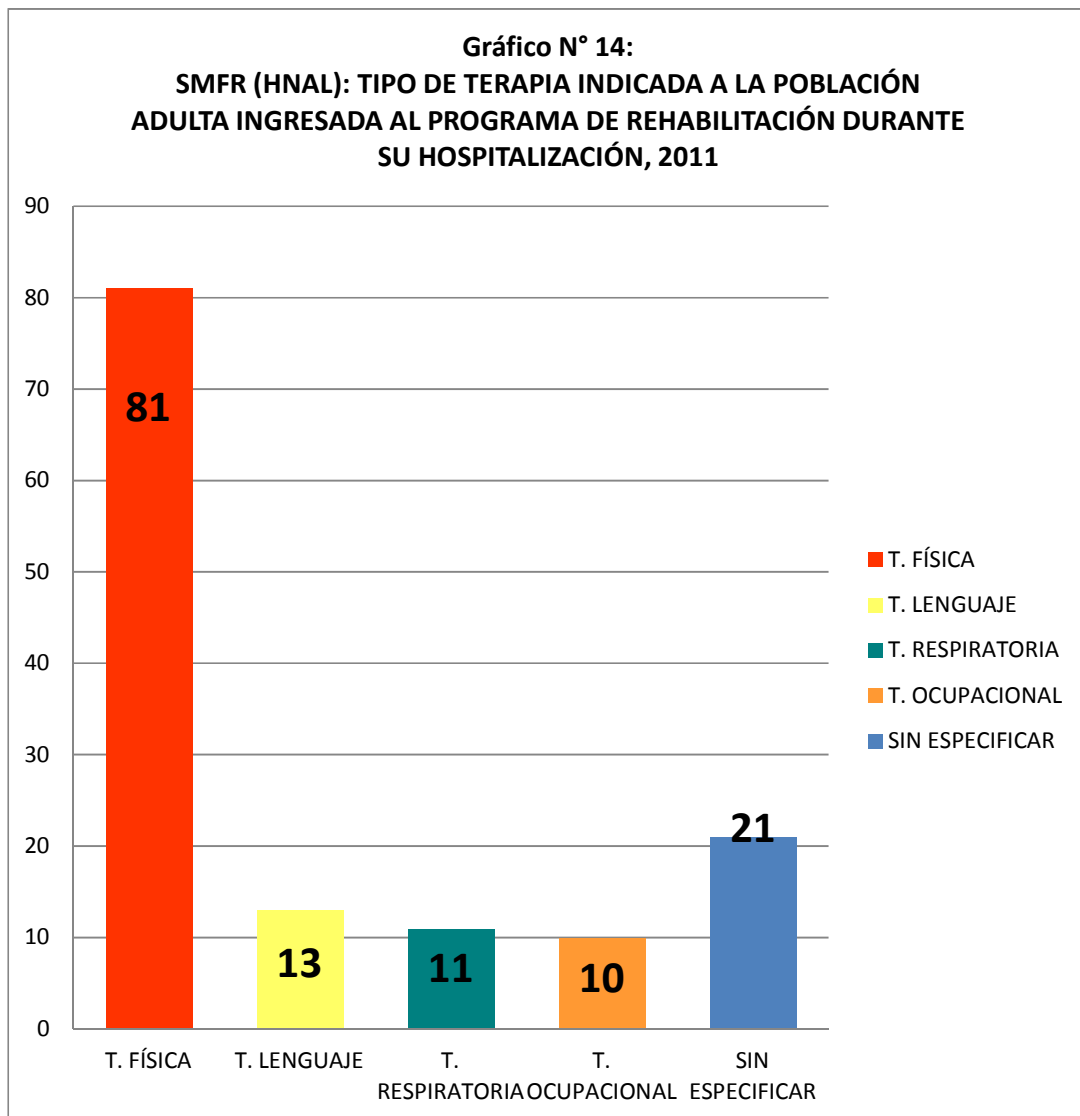
Los pacientes adultos valorados mediante interconsulta por el SMFR del HNAL, el 2011, permanecieron hospitalizados, en su mayoría, más de 8 días. (Tabla 9)

TABLA N° 9

**SMFR (HNAL): DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA
INGRESADA AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, SEGÚN SERVICIO DE
PROCEDENCIA, POR TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN, 2011**

ESPECIALIDAD	TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN		
	< 8 DÍAS	8 DÍAS	> 8 DÍAS
CABEZA Y CUELLO	1	0	1
CIRUGIA VASCULAR	0	0	1
MEDICINA	6	2	62
NEUROCIRUGIA	1	0	12
QUEMADOS	0	0	13
TRAUMATOLOGIA	0	0	5
UCI	0	0	1
UCI COR	0	1	0

La proporción de terapias indicadas y registradas en las interconsultas son terapia física, terapia de lenguaje, terapia respiratoria, terapia ocupacional, en orden decreciente; en 21 interconsultas respondidas, no se especifica el tipo de terapia que recibirá el paciente. (Gráfico 14)



CAPÍTULO VI DISCUSIÓN

El número de interconsultas realizadas por el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación durante el año 2011 (303 días laborales) fue de 1413 para atender en 26 ambientes de hospitalización a 27800 pacientes que se hospitalizaron el 2011 en el HNAL ⁽¹²⁾; la media de interconsultas diarias al servicio fue de 4,66; valorando sólo aquéllos pacientes que ingresaron mediante interconsulta, 850 (60,2%) fueron programados para recibir tratamiento rehabilitador en etapa aguda. En el SMFR del Hospital POVISA (España), se realizó un estudio observacional prospectivo, que incluyó a todos los pacientes ingresados mediante interconsulta y valorados por el SMFR durante los meses de febrero, marzo y abril de 2008. El número de interconsultas realizadas durante estos tres meses (60 días laborales) fue de 464 para atender a 345 pacientes, la media de interconsultas diarias al servicio fue de 7,73. Cincuenta y cinco pacientes no fueron incluidos en terapia por no cumplir con los criterios, lo que significa que 84% de los pacientes hospitalizados precisó tratamiento rehabilitador. ⁽¹³⁾

La lista de categorías relevantes para la intervención terapéutica de rehabilitación acorde con la CIF, usada en el presente estudio, describe los problemas más comunes manejados por terapeutas físicos en el cuidado de los pacientes en etapa aguda y post aguda tomando en cuenta tres principales condiciones de salud: músculo esquelética, neurológica e interna ^(2,5); observándose en la etapa de registro de datos, códigos alfanuméricos que no están considerados en dicha lista como: funciones de la conciencia (b110), funciones del sueño (b134), funciones mentales del lenguaje (b167), funciones emocionales (b152), funciones relacionadas con la temperatura y otros estímulos (b270), funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, otras especificaciones (b498); estructura de las meninges (s130), estructuras de la cabeza y de la región del cuello (s710), estructura del sistema cardiovascular (s410), estructura de las glándulas endocrinas (s580), estructura de las glándulas de la piel (s820); que se explica por el lugar de realización del presente estudio: el HNAL, hospital de nivel III.1 y de referencia nacional. Estos códigos alfanuméricos fueron tomados en cuenta en otros estudios para su valoración

en la intervención fisioterápica de rehabilitación en la etapa aguda ⁽¹⁴⁾, o como seguimiento de la intervención fisioterapéutica en etapa aguda ⁽¹⁵⁾.

Los servicios que más demandan la asistencia del SMFR, fueron Medicina, Neurocirugía, Cirugía Plástica y Quemados, Traumatología; otro estudio señala que son los servicios de Traumatología y Medicina Interna los que demandan valoración y tratamiento por parte de Medicina Física y Rehabilitación. ⁽¹³⁾

Si bien el presente estudio identifica las discapacidades más comunes de la población adulta que recibe tratamiento rehabilitador en etapa aguda, registrada en las interconsultas; el componente Factor Ambiental, no fue incluido ya que no se encontró ningún registro del mismo. Esta falta de registro también es observada en otros estudios que utilizan la CIF como herramienta para describir la discapacidad. ^(16, 17)

El proceso de recuperación de una enfermedad o de una lesión aguda está asociado a una pérdida de funcionamiento, muchos factores aumentan el riesgo para futuras discapacidades en pacientes hospitalizados durante su etapa aguda, por ejemplo: estadía prolongada en la unidad de cuidados intensivos, fragilidad, inmovilidad prolongada. Por ello, el riesgo para presentar una discapacidad tiene que ser identificado y una intervención apropiada debería ser proporcionada en la fase aguda de tratamiento, como por ejemplo el inicio de rehabilitación post enfermedad cerebro vascular. Las condiciones más frecuentes, que requirieron indicación de programación en rehabilitación en etapa aguda, identificadas en el presente estudio fueron: enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del sistema circulatorio, condiciones del sistema osteomuscular, traumatismos. Estos resultados son similares al realizado en un estudio multicéntrico en países desarrollados, donde incluyeron 391 pacientes adultos con condiciones neurológicas, cardiopulmonares y musculo esqueléticas, para identificar las categorías candidatas para el reporte y medición del funcionamiento en pacientes hospitalizados en etapa aguda. ⁽¹⁸⁾

Está aumentando el reconocimiento de que un apropiado e inicio temprano de rehabilitación en la fase aguda contribuye de manera importante al manteni-

miento del funcionamiento, prevención de la discapacidad y, recuperación óptima de estos pacientes. Los datos obtenidos son de una única evaluación por el médico rehabilitador, registrándose por lo tanto sólo la frecuencia de su registro; sin embargo, hubiera sido importante examinar otros aspectos como si hubo cambios durante la estadía en el hospital ó la frecuencia de las discapacidades al ingreso y al alta de los pacientes que recibieron terapia en rehabilitación.⁽¹⁹⁾

En la hospitalización de agudos o en etapa aguda, debido a la brevedad de la admisión y el enfoque de cuidado médico o quirúrgico, hay tiempo limitado para la provisión y coordinación de intervenciones estructuradas en rehabilitación; la decisión de realizar una intervención con un programa terapéutico debería incluir no solo la opinión del médico rehabilitador sino también las expectativas, proyectos y metas personales de cada paciente; no hubo registro de esta información en las interconsultas.⁽²⁰⁾

CAPÍTULO VII CONCLUSIONES

1. La morbilidad principal en los pacientes adultos, ingresados al programa de rehabilitación durante su hospitalización en el HNAL – 2011 y, valorados mediante interconsulta, según CIE 10 es: Otros síndromes paralíticos (G83) con 3,0%
2. La discapacidad más frecuente, en el componente Función Corporal según CIF, registrada en las interconsultas de los pacientes adultos, ingresados al programa de rehabilitación durante su hospitalización en el HNAL – 2011, es: Funciones relacionadas con la fuerza muscular (b730) con 15,2%
3. La discapacidad más frecuente, en el componente Estructura Corporal según CIF, registrada en las interconsultas de los pacientes adultos, ingresados al programa de rehabilitación durante su hospitalización en el HNAL – 2011, es: Estructura del cerebro (s110) con 9,1%
4. La discapacidad más frecuente, en el componente Actividades y Participación según CIF, registrada en las interconsultas de los pacientes adultos, ingresados al programa de rehabilitación durante su hospitalización en el HNAL – 2011, es: Mantener la posición del cuerpo (d415) con 19%
5. La media de interconsultas diaria al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación fue de 4,66. Un 60% de los pacientes hospitalizados precisó de tratamiento rehabilitador. Se indicó Terapia Física con más frecuencia.
6. El estudio demuestra que la CIF puede usarse para identificar perfiles de funcionamiento, actividades y participación, dentro del contexto de rehabilitación en etapa aguda de pacientes adultos hospitalizados con un rango amplio y variado de diagnósticos y contextos socio - culturales.

CAPÍTULO VIII RECOMENDACIONES

1. Participar en la difusión de programas preventivos en los temas “Quemaduras” y “Enfermedad Cerebro Vascular”, dirigido hacia la población adulta joven y adulta premayor; por ser la patología prevalente en estos subgrupos etáreos.
2. Promover los beneficios de las actividades de prevención para la población adulta intermedia; como modo de intervención en el control de las enfermedades crónicas más frecuentes detectadas en esta población, como son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.
3. Aplicación de la CIF para los pacientes hospitalizados en etapa aguda y valorados mediante interconsulta por el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, como una alternativa específica para evaluar el funcionamiento y medir el seguimiento de los pacientes ingresados al programa de rehabilitación.
4. Difundir los criterios de ingreso y objetivos del programa de rehabilitación en etapa aguda para los pacientes hospitalizados al personal médico y médicos en formación que labora en el HNAL.
5. Validar el de registro de interconsultas, para mejorar los términos utilizados.
6. Proponer los resultados del presente trabajo de investigación como representativos de la realidad nacional, para realizar otras investigaciones.

CAPÍTULO IX BIBLIOGRAFÍA

1. Mendo Rubio M. El proceso salud – enfermedad. Demografía sanitaria. Tasas. Morbilidad. En: Epidemiología y Salud Pública. Lima: Ediciones Laborales; 2004. p. 85 – 94.
2. Organización Mundial de la Salud (EUA). Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Washington DC: la OMS; 1997.
3. Organización Mundial de la Salud (España). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud. Madrid: la OMS; 2001.
4. Chaná P, Albuquerque D. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. RevChilNeuro – Psiquiat 2006; 44 (2): 89 – 97.
5. Finger M, Cieza A, Stoll J, Stucki G, Huber E. Identification of intervention categories for physical therapy, based on the International Classification of Functioning, Disability and Health: a Delphi exercise. Physical Therapy 2006; 86 (9): 1203 – 20.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Trastorno neurológicos: desafíos para la salud pública. Ginebra (Suiza): la OMS; 2006.
7. Garrison SJ. Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation Basics. Houston (Texas): Lippincott Williams & Wilkins; 1995.
8. Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough – Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta – análisis of randomised controlled trials. BMJ 2010; 340: c1718.
9. Wright R, Rao N, Smith R, Harvey R. Risk factors for death and emergency transfer in acute and subacute inpatient rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 1996; 77: 1049 – 55.
10. Ministerio de Salud (Perú). Modelo de abordaje para la promoción de la salud. Lima: el Ministerio; 2005.
11. Hospital Nacional Arzobispo Loayza (Perú). Plan Operativo Anual 2011. Lima: el Hospital; 2010.

12. Unidad de Estadística. Movimiento de pacientes hospitalizados. Consolidado anual 2011: Oficina de Estadística e Informática del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (Perú); 2013.
13. López – Vásquez MÁ, García – Fraga I, Balsa – Mosquera B, Villamayor – Blanco B. Estudio epidemiológico sobre la demanda de rehabilitación en pacientes hospitalizados. *Rehabilitación* 2009; 43 (4): 167 – 175.
14. Grill E, Gloor – Juzi T, Omega E, Stucki G. Operationalization and reliability testing of ICF categories relevant for physiotherapists' interventions in the acute hospital. *J Rehabil Med* 2011; 43: 162 – 173.
15. Omega Huber E, Tobler A, Gloor – Juzi T, Grill E, Gubler – Gut B. The ICF as a way to specify goals and to assess the outcome of physiotherapeutic interventions in the acute hospital. *J Rehabil Medicine* 2011; 43: 174 – 177.
16. Laxe S, Zasler N, Tschiesner U, López – Blazquez R, Tormos JM, Bernabeu M. ICF use to identify common problems on a TBI neurorehabilitation unit in Spain. *Neuro Rehabilitación* 2011; 29 (1): 99 – 110.
17. Jamour M, Becker C, Bachmann S, de Bruin ED, Grüneberg C, Heckmann J. Recommendation of an assessment protocol to describe geriatric inpatient rehabilitation of lower limb mobility based on ICF: an interdisciplinary consensus process. *Z Gerontol Geriatr.* 2011; 44 (6): 429 – 36.
18. Grill E, Quittan M, Fialka – Moser V, Müller M, Strobl R, Kostanjsek N, Stucki G. Brief ICF core sets for the acute hospital. *J Rehabil Med* 2011; 43: 123 – 130.
19. Müller M, Grill E, Stier – Jarmer M, Strobl R, Gutenbrunner C, Fialka – Moser V, Stucki G. Validatio of the comprehensive ICF core sets for patients receiving rehabilitation interventions in the acute care setting. *J Rehabil Med* 2011; 43: 92 – 101.
20. Müller M, Strobl R, Grill E. Goals of patients with rehabilitation needs in acute hospitals goal achievement is an indicator for improved functioning. *J Rehabil Med* 2011; 43: 145 – 150.

CAPÍTULO X ANEXOS

6.1 Definición de términos

- Morbilidad: describe en forma cualitativa la presencia de la enfermedad en la población, en relación a características de las personas, de lugar y de tiempo. La CIE 10 define la afección principal como la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente.
- Discapacidad: indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). Incluye las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación.
- Rehabilitación: proceso activo mediante el cual las personas discapacitadas como consecuencia de una enfermedad o una lesión, alcanzan una recuperación total, o si la recuperación total no es posible, desarrollan su máximo potencial físico, mental y social, y son integradas en el entorno más apropiado.
- Rehabilitación en etapa aguda: programa de rehabilitación realizado en las unidades de cuidados agudos (servicios de hospitalización) de los hospitales.
- Etapa de vida adulto joven: comprende a las personas entre 20 y 24 años.
- Etapa de vida adulto intermedio: personas de 25 a 54 años.
- Etapa de vida adulto premayor: personas de 55 a 59 años.

6.2 Ficha de reconocimiento de datos

Validada por Juicio de expertos.

Ficha Nº		Nº Historia clínica		
Interconsulta	Fecha:			
	Tiempo de hospitalización:			
	Servicio de procedencia:			
	Edad	Adulto joven	: 20 y 24 años	<input type="checkbox"/>
		Adulto intermedio	: 25 a 54 años	<input type="checkbox"/>
		Adulto premayor	: 55 a 59 años	<input type="checkbox"/>
	Sexo:	Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/>
	Diagnóstico:	Rehabilitación		
Etiológico				
Ingresó a programa de Rehabilitación:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

Código	Descripción Categoría CIF: FUNCIONES CORPORALES	Problema
b114	Funciones de la orientación	
b126	Funciones del temperamento y la personalidad	
b130	Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	
b144	Funciones de memoria	
b147	Funciones psicomotoras	
b152	Funciones emocionales	
b156	Funciones de la percepción	
b215	Funciones de las estructuras adyacentes al ojo	
b230	Funciones auditivas	
b235	Función vestibular	
b265	Funciones táctiles	
b260	Función propioceptiva	
b280	Sensación de dolor	
b310	Funciones de la voz	
b320	Funciones de la articulación	
b410	Funciones del corazón	
b420	Funciones de la presión arterial	
b435	Funciones de los vasos linfáticos	
b440	Funciones respiratorias	
b445	Funciones de los músculos respiratorios	
b450	Funciones respiratorias adicionales	
b455	Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio	
b460	Sensaciones asociadas con funciones cardiovasculares y respiratorias	
b510	Funciones relacionadas con la ingestión	
b525	Funciones relacionadas con la defecación	
b540	Funciones metabólicas generales	
b620	Funciones urinarias	
b710	Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones	
b715	Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones	
b730	Funciones relacionadas con la fuerza muscular	

b735	Funciones relacionadas con el tono muscular	
b740	Funciones relacionadas con la resistencia muscular	
b750	Funciones relacionadas con los reflejos motores	
b755	Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario	
b760	Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios	
b765	Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios	
b770	Funciones relacionadas con el patrón de la marcha	
b810	Funciones protectoras de la piel	
b820	Funciones reparadoras de la piel	
Código	Descripción Categoría CIF: ESTRUCTURAS CORPORALES	Problema
s110	Estructura del cerebro	
s120	Médula espinal y estructuras relacionadas	
s140	Estructuras del sistema nervioso simpático	
s260	Estructura del oído interno	
s420	Vasos linfáticos	
s430	Estructura del sistema respiratorio	
s720	Estructura de la región del hombro	
s730	Estructura de la extremidad superior	
s740	Estructura de la región pélvica	
s750	Estructura de la extremidad inferior	
s760	Estructura del tronco	
s810	Estructura de las áreas de la piel	
Código	Descripción Categoría CIF: ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	Problema
d110	Mirar	
d160	Centrar la atención	
d330	Hablar	
d415	Mantener la posición del cuerpo	
d445	Uso de la mano y el brazo	
d450	Andar	